公費負担医療費過誤調整申出書

（提出先）公費負担医療実施市町村→国保保険者

**（国保柔整分）**

令和　　年　　月　　日

国保保険者　様

下記のとおり請求に不備がありましたので、取り下げいただきたく当該受給者別一覧（写）を添え依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 施術年月 | 施術所コード | 公費  法別 | 受給者番号 | 保険者番号 | 被保険者氏名 | 日数 | 保険金額 | 一部負担金  （患者負担額） | 返戻理由 | 施術所等  連絡日 |
| 施術所等名称 | 被保険者証  記号・番号 | 生年月日 | 公費対象金額 | 施術所等  担当者名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（公費負担医療実施者連絡先）

市町村名：

所属部署：

担当者名：

連 絡 先：